Révision 29/01/2025

# ITEM 099 : MIGRAINE - NÉVRALGIE DU TRIJUMEAU ET ALGIES DE LA FACE

*Fiche priorisant les informations/rangs de la fiche LiSA > Collèges (Neurologie > Douleur > ORL > Neurochirurgie)*

## CÉPHALÉES

- Douleur de la tête, située au-dessus de la nuque et de la ligne orbito-méatale.

### ÉPIDEMIOLOGIE

- 50-75 % des adultes ≥ 1 céphalée dans les 12 derniers mois.
- 3 % de la population souffre de céphalée chronique.
- Crise de céphalée de tension ou migraine +++.
- **Impact individuel et sociétal** : douleur, handicap induit, diminution de la qualité de vie, coûts directs (soins) ou indirects (absentéisme).
- **Sous-estimées**, peu reconnues, insuffisamment traitées.

### CLASSIFICATION

**Classification internationale des céphalées ICHD-3**

- Modalités diagnostiques des céphalées.
- Outil d'aide au diagnostic en routine clinique.
- Référentiel consensuel international permettant une classification homogène.

| | |
|---|---|
| **Céphalée primaire** | **Céphalée attribuée à aucune autre pathologie** :<br>- Migraine.<br>- Céphalée de tension.<br>- Algie vasculaire de la face et autres céphalées trigémino-autonomiques.<br>- Autres causes rares. |
| **Céphalée secondaire** | **Signe clinique symptomatique d'une cause** locale, régionale ou générale :<br>- Céphalées post-traumatisme crânien ou cervical.<br>- Céphalées secondaires à une pathologie vasculaire crânienne ou cervicale (hémorragie méningée, hématome, malformation vasculaire, douleur d'origine carotidienne ou de l'artère vertébrale, HTA, thrombose veineuse).<br>- Céphalées secondaires à une pathologie intracrânienne non vasculaire (HTIC, tumeur cérébrale, malformation de Chiari).<br>- Céphalées toxiques aiguës ou chroniques par abus médicamenteux ou sevrage.<br>- Céphalées en rapport avec un processus infectieux (méningite, encéphalite, abcès, empyème).<br>- Céphalées secondaires à un trouble métabolique (hypoxie, hypercapnie, hypoglycémie, hypercalcémie, dialyse).<br>- Céphalées associées à une douleur de la face (dentaire, sinusienne, oculaire, auriculaire) ou de la nuque.<br>- Céphalées associées à une maladie psychiatrique. |
| **Névralgies intra-crâniennes** | - Névralgies du nerf trijumeau, du nerf glossopharyngien ou autres névralgies.<br>- Céphalées inclassables. |

### DIAGNOSTIC

**CLINIQUE**

- Interrogatoire avec critères diagnostiques de **l'ICHD** (International Classification of Headache Disorders).
- Normalité de l'examen clinique.

| | |
|---|---|
| **Écarter une céphalée secondaire** | - Pas de diagnostic de céphalée primaire lors d'un 1$^{er}$ épisode.<br>- Examen clinique **normal** dans les céphalées primaires (hors signes de dysautonomie lors d'une crise d'AVF).<br>- **Hypothèse d'une céphalée secondaire** si :<br>• 1$^{re}$ crise.<br>• Crise inhabituelle chez un patient sujet à des céphalées épisodiques récurrentes.<br>• Céphalée inhabituelle chez un patient souffrant de céphalées chroniques.<br>→ **Exploration rapide.** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | **Drapeaux rouges faisant suspecter une cause grave** | - Céphalée brutale ou en coup de tonnerre → Hémorragie sous-arachnoïdienne.<br>- Céphalée avec aura migraineuse atypique → AIT, AVC, épilepsie, malformation artérioveineuse.<br>- Traumatisme crânien → HSD.<br>- Céphalée progressive → Processus expansif intracrânien.<br>- Céphalée modifiée par la posture → HTIC (augmentation des douleurs en décubitus) ou hypotension intracrânienne (augmentation des douleurs debout).<br>- Céphalée provoquée par la toux, l'éternuement ou l'effort → processus expansif intracrânien.<br>- Céphalée avec amaigrissement ou troubles mnésiques ou modification de la personnalité → Céphalée secondaire.<br>- Début après 50 ans → Céphalée secondaire, toujours évoquer une artérite temporale.<br>- Fièvre inexpliquée → Méningite.<br>- Nuque raide → Méningite, hémorragie sous-arachnoïdienne.<br>- Déficit neurologique focal → Céphalée secondaire.<br>- Perte de poids → Céphalée secondaire.<br>- Altération de la mémoire, de la conscience, du caractère → Céphalée secondaire. |
| | **Préciser le type de la céphalée primaire** | **Laisser le patient s'exprimer** | - Symptômes prédominants.<br>- Préoccupations principales. |
| | | **Caractéristiques de la céphalée** | - Date de début.<br>- Durée, fréquence des crises.<br>- Évolution dans le temps, modalités d'installation.<br>- Topographie, intensité, type de douleur, irradiation.<br>- Facteurs aggravants/calmants (alimentaires, hormonaux, émotionnels). |
| | | **Signes accompagnateurs** | - **Symptômes « migraineux »** : nausées, vomissements, photo/phonophobie, pulsatilité.<br>- **Symptômes « trigémino-autonomiques »** : larmoiement, congestion nasale, rhinorrhée, ptosis, myosis, rougeur oculaire, œdème de la paupière.<br>- Comportement lors des crises, agitation.<br>- Symptômes focaux, élément postural. |
| | | **Contexte** | - ATCD, contexte, facteurs déclencheurs, infections, traumatismes, voyage, situation psychiatrique.<br>- Répercussions sur le sommeil, le travail, la vie sociale, la scolarité.<br>- Attentes du patient, croyances sur la maladie. |
| | | **Historique des traitements essayés/actuels** | - Traitements de crise et de fond, durée de prise, dose, efficacité, effets secondaires.<br>- Fréquence de la prise médicamenteuse lors des 3 derniers mois (recherche d'un abus), efficacité des traitements. |
| | **Profil temporel** | - Durée des crises sans traitement.<br>- Nombre de jours de céphalée par mois :<br>*__Céphalées < 15 jours/mois__ : migraine épisodique, céphalée de tension épisodique.<br>*__Céphalées ≥ 15 jours/mois__ : céphalée chronique quotidienne (CCQ).<br>➢ **De courte durée** (crises < 4 heures) : algie vasculaire de la face, névralgie du trijumeau.<br>➢ **De longue durée** (crises > 4 heures) : migraine chronique, céphalée de tension chronique, +/- abus médicamenteux (douleur possiblement permanente, du lever au coucher et la nuit).<br>- Durée des céphalées sans traitement. | |

## MIGRAINE

**Migraine** : **pathologie neurovasculaire** liée à des altérations subtiles neuronales et vasculaires ainsi que des dysfonctions des centres modulateurs de la nociception, se manifestant par la survenue de crises rapprochées, parfois sévères (jusqu'à plusieurs crises/semaines chez 10 % des migraineux).
- Prévalence mondiale de 15 % (1 milliard de personnes).

<table>
<tr><td rowspan="3">ÉPIDEMIOLOGIE</td><td>Épisodique</td><td>- < 15 jours/mois.<br>- 12 % des adultes.<br>- Pic entre 35-39 ans : 30 % des femmes et 15 % des hommes.</td></tr>
<tr><td>Chronique</td><td>- ≥ 15 jours/mois.<br>- 1,7 % des adultes.</td></tr>
<tr><td colspan="2">- 7-8 % des enfants prépubères (♂ = ♀).<br>- Débute souvent à la puberté avec ♀ > ♂ (SR = 2 dans la fiche Lisa, SR = 3 dans le collège d'ORL).<br>- Caractère familial = facteur de risque le plus puissant et le plus constant.<br>- Maladie neurologique classée comme « bénigne », mais la plus invalidante : handicap considérable invisible et souvent méconnu, supérieur à toutes les autres maladies neurologiques réunies.<br>- Sans aura : 6-10 % de la population.<br>- Avec aura : 3-6 % de la population.</td></tr>
<tr><td rowspan="6">PHYSIOPATHOLOGIE</td><td>Héréditaire polygénique</td><td>Multiples gènes de susceptibilité :<br>- Hyperexcitabilité cérébrale.<br>- Dysfonction des centres modulateurs de la nociception céphalique situés dans l'hypothalamus et le tronc cérébral.<br>- Plus l'âge de début est précoce, plus la part des facteurs génétiques est importante.</td></tr>
<tr><td>Facteurs environnementaux</td><td>Pathologie de l'adaptation aux changements : déclencheurs internes/externes perturbant l'homéostasie cérébrale.<br>- Modification des repas ou du sommeil.<br>- Effort physique inhabituel.<br>- Changements climatiques.<br>- Période cataméniale.<br>- Stress.<br>- Émotion positive/négative.</td></tr>
<tr><td>Sujet jeune</td><td>- 90 % avant 40 ans.<br>- Point culminant des migraines entre 30 et 50 ans.<br>- Rare après 65 ans.</td></tr>
<tr><td>Prédominance féminine</td><td>- Imprégnation en œstrogènes → Accroissement de l'excitabilité cérébrale.<br>- Variations du cycle → Exposition aux crises.<br>- Amélioration lors de la grossesse et après la ménopause.</td></tr>
<tr><td>Paroxystique et cyclique</td><td>1. <u>Prodromes</u> :<br>➢ Activation de l'hypothalamus pouvant durer jusqu'à 72 h avant la céphalée → Levée de l'inhibition du tronc cérébral et du système trigémino-vasculaire.<br>➢ Dysfonction du système nerveux végétatif.<br>2. <u>Aura</u> : vague de dépression corticale envahissante (DCE) :<br>➢ Phénomène biphasique : courte phase d'hyperactivité neuronale d'hyperperfusion puis phase prolongée d'hypoactivité neuronale et hypoperfusion modérée (sans atteinte du seuil ischémique)<br>➢ Peut activer directement le système trigémino-vasculaire ou renforcer son activation.<br>3. <u>Céphalée</u> : activation du système trigémino-vasculaire en réponse à une rupture de l'homéostasie.<br>Cérébrale :<br>➢ V1 du trijumeau = innervation des vaisseaux intracrâniens et des méninges.<br>➢ Réflexe trigémino-vasculaire = protection du risque ischémique par libération de neuropeptides vasodilatateurs dont le CGRP (calcitonine-gene related peptide).<br>➢ CGRP = déclenchement d'une inflammation aseptique périvasculaire et méningée avec vasodilatation modérée.<br>➢ Message douloureux acheminé par le V1 vers le noyau caudal du trijumeau dans le tronc cérébral<br>➢ Activation du 1er neurone puis du 2e neurone central.<br>4. <u>Post-dromes</u> : rétablissement progressif de l'homéostasie cérébrale.<br>5. <u>Phase interictale</u> : possible hypersensibilité sensorielle et allodynie cutanée permanente (s'aggravant pendant les prodromes et culminant lors de la céphalée).</td></tr>
<tr><td>D</td><td colspan="2">= Repose sur l'interrogatoire et la normalité de l'examen clinique : aucun bilan complémentaire si clinique typique.</td></tr>
</table>

1/ **Élimination d'une céphalée secondaire.**
2/ **Distinguer la migraine des autres céphalées primaires.**
3/ **Proposer une stratégie thérapeutique individuelle.**

### Migraine sans aura
*80 % des crises*

- Prodrome : **troubles de l'humeur, sensation de faim, asthénie, bâillement, hypersensibilité**…
- **Céphalée** :
  . Siège : temporale ou sus-orbitaire le plus souvent, parfois frontale ou occipitale, unilatéral avec alternance du côté selon les crises.
  . Apparition : rapidement progressif (maximale en quelques heures), peut réveiller le patient (notamment en fin de nuit).
  . Type : pulsatile, accentuée en cas d'effort physique ou de concentration.
  . Durée : entre **4 à 72 h** (moyenne : 12-24h), récupération complète à l'issue de la crise.
- Signes associés :
  . **Nausées** et **vomissements** fréquents, parfois avec **signes vasomoteurs.**
  . **Photophobie** et **phonophobie** : isolement dans un endroit calme et peu éclairé.
- Chez l'enfant : crises plus courtes (souvent < 4 h), **pâleur**, **troubles digestifs**, calmées par le sommeil.
- Équivalent migraineux chez l'enfant : **migraine abdominale, vomissements cycliques, vertige paroxystique, torticolis paroxystique, migraine confusionnelle.**

### Migraine avec aura

= Présence de signes neurologiques transitoires, focalisés, le plus souvent « positifs », précédant ou accompagnant la céphalée migraineuse, classiquement controlatéraux, présente ou non d'une crise à l'autre.
- Apparition progressive et successive **≥ 5 minutes** (« marche migraineuse ») avec régression complète en **< 1 h.**
- Associant parfois plusieurs types d'auras (en débutant par l'aura visuelle, puis troubles sensitifs, puis du langage).
- Parfois par crise isolée (sans céphalée) chez **1/3** des patients, voire jamais accompagnée de céphalées (5 %) = **aura isolée sans céphalée.**
- **Facteur de risque indépendant d'infarctus cérébral** (risque x2), donc choisir une contraception selon les facteurs de risque vasculaire et le type de migraine (œstroprogestatifs contre-indiqués).
- Recherche des **facteurs de risque artériels** :
  • Âge > 35 ans.
  • Tabagisme.
  • Histoire familiale d'AVC ou d'infarctus du myocarde.
  • HTA.
  • Dyslipidémie.
  • Obésité.

#### Troubles visuels

- **Les plus fréquents** et intéressent les deux yeux.
- **Phénomènes positifs avec tache aveugle** : scotome scintillant, phosphènes, zigzags.
- Signes déficitaires parfois : vision floue, HLH.

#### Troubles sensitifs

- **Paresthésies unilatérales +/- hypoesthésie** non douloureuses, touchant typiquement les 1ers doigts de la main et le pourtour des lèvres du même côté (**chéiro-orale**).
- Extension progressive au coude, puis à l'hémiface = marche migraineuse.

#### Autres

- **Troubles du langage** (plus rares) : **manque du mot, dysarthrie**, parfois **aphasie totale.**
- Troubles basilaires (vertiges, ataxie, diplopie, somnolence) : prise en charge par un neurologue.
- Troubles moteurs (migraine hémiplégique) : prise en charge par un neurologue.
- Trouble visuel strictement monoculaire (migraine rétinienne) : examen ophtalmologique complet et avis neurologique.

### Fréquence des crises

On distingue :
- **Migraine épisodique** (<15 j/mois) : à basse fréquence (< 8 j/mois) ou haute fréquence (> 8 à 14 j/mois).
- **Migraine chronique** qui fait partie des CCQ : céphalées ≥ 15 j/m au moins 3 mois dont au moins 8 jours avec des caractéristiques migraineuses (souvent avec abus médicamenteux).

<table>
<tr><td rowspan="5"></td><td rowspan="2">Critères ICHD-3</td><td>Migraine sans aura</td><td>- A : ≥ 5 crises répondant aux critères B-D.<br>- B : Crise de céphalées durant 4 à 72 h (sans traitement) .<br>- C : ≥ 2 caractéristiques parmi :<br>. Unilatéralité.<br>. Modérée/sévère.<br>. Pulsatile.<br>. Aggravée par les efforts physiques de routine (marcher, monter les escaliers).<br>- D : ≥ 1 signe associé : nausées/vomissements ou photo-phonophobie.<br>- E : Non attribuable à une autre affection.</td></tr>
<tr><td>Migraine avec aura</td><td>- A : ≥ 2 crises répondant aux critères B-C.<br>- B : Aura entièrement réversible : visuelle (tache, lumière scintillante, perte de vision), sensitive (fourmillement, hypoesthésie), ou trouble du langage (sans symptôme moteur, basilaire ou rétinien).<br>- C : ≥ 3 caractéristiques parmi :<br>. ≥ 1 symptôme développé progressivement ≥ 5 minutes.<br>. ≥ 2 symptômes de survenue successive.<br>. Chaque symptôme dure 5 à 60 minutes.<br>. ≥ 1 symptôme unilatéral.<br>. ≥ 1 symptôme positif.<br>. Accompagnée ou suivie de céphalées dans les 60 minutes.<br>- D : Non attribuable à une autre affection.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">PC</td><td colspan="2">- Migraine épisodique sans aura + crises ≥ 1 an + examen clinique normal → Pas d'imagerie cérébrale.</td></tr>
<tr><td>Indications de l'IRM cérébrale</td><td>- Crises de migraine débutant après l'âge de 50 ans.<br>- Migraine avec aura (peut montrer des hypersignaux non spécifiques de la substance blanche).<br>- Migraine chronique.<br>Et > 1 an avec examen clinique normal, remplissant les critères ICHD3 : IRM non indiquée.</td></tr>
<tr><td>Indications de l'imagerie cérébrale urgente</td><td>- Début brutal ou en coup de tonnerre.<br>- Début récent ou aggravation progressive < 7 jours.<br>- Fièvre associée (sans cause générale évidente).<br>- Signes neurologiques associés.<br>- Caractéristiques suggérant une intoxication (notamment au CO).<br>- Contexte d'immunodépression.</td></tr>
<tr><td>DD</td><td colspan="2">Migraine sans aura = céphalées paroxystiques répétées : attaque de panique, tumeur cérébrale intraventriculaire (kyste colloïde du 3e ventricule…).<br>Migraine avec aura :<br>- Signe neurologique sans céphalée : AIT, épilepsie partielle.<br>- Migraine avec aura secondaire : malformation artérioveineuse, lupus, SAPL, états hypercoagulables.</td></tr>
<tr><td>Autres évaluations</td><td colspan="2">- Absentéisme, annulation d'activités sociales, jours passés au lit.<br>- Migraines sévères : > 8J/mois de migraine, HIT-6 > 60 ou plus, interruption complète des activités dans > 50 % des cas.<br>- Migraines résistantes : échec de 3 classes médicamenteuses.<br>- Migraines réfractaires : échec de tous les traitements de fond.<br>- Évaluation de l'impact fonctionnel des crises : échelle HIT-6.<br>Rechercher une dépression associée : échelle HAD.</td></tr>
</table>

CODEX.:, S-ECN.COM

**FACTEURS FAVORISANTS/DECLENCHANTS**

- Modification des repas et de l'hydratation : horaires, quantité, qualité.
- Modification du sommeil : qualité, durée, horaires de lever et de coucher.
- Changement climatique : pression atmosphérique, température, hygrométrie.
- Changement hormonal : **période cataméniale**, reprise des migraines en post-partum.
- Effort physique intense et inhabituel.
- Émotion négative ou positive : colère, contrariété, fêtes d'anniversaire, mariage.
- Stress et périodes de décontraction : week-end, vacances.
- Déclencheurs pharmacologiques : **alcool**, inhibiteurs de la phosphodiestérase.

→ **Règles hygiénodiététiques** chez les patients ayant une hygiène de vie défavorable (mais pas de guérison de la migraine).

→ Comportements d'évitement de déclencheurs = baisse de la qualité de vie voire augmentation de la sensibilité aux déclencheurs (aggravation de la migraine).

**FACTEURS DE RISQUE DE MIGRAINE CHRONIQUE**

| Facteurs de risque | Prévention/traitement |
|---|---|
| - Sexe féminin<br>- Faibles revenus du foyer | Non modifiables |
| Sédentarité | Éducation, encourager l'activité physique |
| Café > 3 tasses/jour | Éducation, arrêt ou réduction du café |
| Traumatismes et abus psychologiques et sexuels | Prévention des violences physiques, psychologiques et sexuelles, techniques de réduction du stress |
| - **Fréquence des céphalées** (à surveiller par l'agenda des crises)<br>- Nausées persistantes<br>- Allodynie cutanée | **Traitement préventif de la migraine** |
| **Dépression** | **Dépistage échelle HAD, traitement** |
| Asthme, autres affections respiratoires | Traitement spécifique |
| Obésité | Alimentation équilibrée et exercice physique |
| Cervicalgies et/ou lombalgies chroniques | Activité physique, kinésithérapie, information sur l'abus médicamenteux, éviter les opiacés |
| Traumatismes crâniens ou cervicaux | Éducation, port du casque |
| Ronflement, insomnie | Techniques de gestion du sommeil, éviter les benzodiazépines et hypnotiques, traitements spécifiques |
| Hypertension artérielle, maladies cardiovasculaires | Dépistage systématique de l'HTA et traitement éventuel, lutte contre les autres facteurs de risque vasculaire |
| **Abus médicamenteux** (à monitorer par l'agenda) | **Éducation, dépister l'abus médicamenteux, éviter les opiacés** |
| Traitement de crise inefficace | Optimisation du traitement de crise |

**RETENTISSEMENT**

- Évaluation du retentissement par **l'échelle HIT-6** et **l'agenda des céphalées.**

| | |
|---|---|
| **Migraine sévère** | - Migraine ≥ 8 jours/mois.<br>- Score HIT-6 ≥ 60.<br>- Céphalées nécessitant l'interruption complète des activités dans ≥ 50 % des cas. |
| **Migraine résistante** | Échec ≥ 3 classes différentes de traitement de fond. |
| **Migraine réfractaire** | Échec de tous les traitements de fond. |

CODEX.:, S-ECN.COM

| | | |
|---|---|---|
| | **État de mal migraineux** | - Crise persistant > 72 h avec retentissement important sur l'état général.<br>- Traitement :<br>• 1re intention : Sumatriptan SC.<br>• Si échec : réhydratation IV avec perfusion d'AINS et de métoclopramide.<br>• Si échec : perfusion de tricycliques (amitriptyline).<br>- Céphalée secondaire à rechercher. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| TTT | - **RHD** : régularité des repas et du sommeil, consommation de caféine modérée et sans sevrage le weekend, activité physique régulière, limitation de consommation d'alcool.<br>- Suppression des facteurs déclenchants : **contraception adaptée**, **arrêt du tabac, diminution du stress**… (mais attention : ne pas majorer les conduites d'évitement **-> décourager les comportements d'éviction** qui altèrent la qualité de vie).<br>- En cas de migraine avec aura : **contre-indication à une contraception œstroprogestative.** | | | |
| | **TTT de crise** | = Prise seulement au moment de la crise, le plus précocement possible, sans dépasser les doses prescrites.<br>→ **AINS si crise modérée, triptan si crise sévère ou association des deux si très sévère ou longue durée.**<br>- Le traitement est efficace sur les céphalées et les signes d'accompagnement, **mais pas sur l'aura.**<br>- En cas de nausées/vomissements précoces : **voie nasale, rectale ou injectable** ± prise d'**antiémétique.** | | |
| | | **Indications** | - Crise légère en initiation : **paracétamol.**<br>- Crise modérée à sévère ou échec du paracétamol : **AINS + triptan** sans dépasser 2 jours/semaine (ou 8 jours/mois).<br>→ Efficacité à évaluer à 3 mois. | |
| | | **Paracétamol** | - Souvent en automédication.<br>- Efficace que sur les crises légères à modérées. | |
| | | **Aspirine et AINS** | **Molécules** | - Aspirine (1 g).<br>- Acide acétylsalicylique 900 mg + métoclopramide 10 mg.<br>- Ibuprofène et kétoprofène (AMM).<br>- Naproxène, diclofénac, indométacine. |
| | | | **Effets indésirables** | - Troubles digestifs, hémorragies.<br>- Allergie ou asthme. |
| | | | **Contre-indications** | - UGD en évolution.<br>- Grossesse > 24 SA. |
| | | **Triptans** | = Antimigraineux spécifiques (vasoconstricteurs).<br>- Agonistes des récepteurs sérotoninergiques 5HT1B/1D.<br>- Posologie : 1 unité en début de crise (à renouveler si récurrence, max 2/jour). | |
| | | | **Molécules** | Almotriptan (12,5 g), Elétriptan (20 ou 40 mg), Frovatriptan (2,5 mg), Rizatriptan (5 ou 10 mg), Sumatriptan (50 mg, ou spray 10-20 mg ou SC non remboursé), Zolmitriptan (2,5 mg non remboursé). |
| | **TTT de crise** | **Triptans** | **Effets indésirables** | - Nausées, vertiges, somnolence.<br>- Lourdeur, douleur/pression thoracique.<br>- Palpitations, tachycardie.<br>- Spasme coronaire (exceptionnel). |
| | | | **Contre-indications** | - Coronaropathies, pathologie artérielle ischémique, HTA non contrôlée.<br>- AVC ou AIT. |
| | | **Métoclopramide** | - Pour soulager les troubles digestifs en cas de nausées/vomissements.<br>- Contre-indications : âge < 12 ans, ATCD de dyskinésie aux neuroleptiques. | |
| | | **Non recommandé** | - **Caféine** : risque d'abus médicamenteux/addiction.<br>- **Opioïde** : augmente les nausées, risque d'abus médicamenteux/addiction. | |
| | | **Prescription** | - Conseiller une **prise précoce** (dans l'heure).<br>- **Après échec du paracétamol : triptan + AINS :**<br>• **Crise légère** : AINS puis triptan si soulagement insuffisant à 1 h.<br>• **Crise modérée ou sévère** : triptan puis AINS si soulagement insuffisance à 1 h. | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | • **Crise avec aura** : AINS dès le début de l'aura et triptan dès le début de la céphalée.<br>- **Paracétamol + métoclopramide** si contre-indication/intolérance aux AINS/aspirine/triptans.<br>- **Métoclopramide** en cas de troubles digestifs. | |
| | | **Suivi** | À optimiser au bout d'au moins 3 crises. | |
| | **TTT de fond** | - Objectif : **diminuer la fréquence et la sévérité des crises** (réduire le nombre de jours de céphalée par mois de 50 % dans la migraine épisodique et de 30 % dans la migraine chronique).<br>- **Traitements non spécifiques** : β-bloquants, tricycliques, antiépileptiques antimigraineux.<br>- Instauration lente du traitement et jugement de l'efficacité à 3 mois (poursuite 6-12 mois si efficace, puis diminution lente et progressive pour arrêt).<br>- **Traitements spécifiques** pour les migraines sévères (≥ 8 jours/mois) après échec ≥ 2 traitements oraux : anticorps ciblant la voie du CGRP (non remboursé).<br>- **Migraine chronique avec abus médicamenteux** :<br>*Traitement de fond médicamenteux.<br>*Conseiller un sevrage ambulatoire du médicament surconsommé.<br>*Prescrire un autre traitement de crise pour gérer la céphalée de rebond et les crises résiduelles.<br>- **Pour toutes les migraines impactant la qualité de vie** : traitements non médicamenteux (exercice physique, physiothérapie, psychothérapie). | | |
| | | **Indications** | - Crises fréquentes et/ou invalidantes.<br>- Traitements de crise ≥ 8 jours/mois > 3 mois.<br>- Migraine sévère.<br>- Migraine chronique.<br>- Score HIT-6 ≥ 60 (évaluation de l'impact).<br>- Crises de migraine invalidantes malgré l'optimisation du traitement de crise. | |
| | | **Propranolol** | β-bloquant | - Haut niveau de preuve, 20-240 (2 prises/jour ou 1 prise le matin si forme LP).<br>- EI fréquents : asthénie, intolérance à l'effort.<br>- EI rares : dépression.<br>- CI absolues : asthme, insuffisance cardiaque, BAV, bradycardie.<br>- Précaution : dépression. |
| | | **Métoprolol** | | - Haut niveau de preuve, 50-200 mg (1 prise le matin, forme LP).<br>- Mêmes effets indésirables et contre-indications que le propranolol. |
| | | **Oxétorone** | Anti-sérotoninergique | - EI : somnolence, prise de poids, diarrhée, hyperprolactinémie.<br>- CI : glaucome, HBP. |
| | | **Pizotifène** | | - Haut niveau de preuve.<br>- EI : somnolence, prise de poids, nausées.<br>- CI : glaucome, HBP. |
| | | **Amitriptyline** | Antidépresseur tricyclique | - Haut niveau de preuve, 10-100 mg (1 prise au diner).<br>- EI : somnolence, prise de poids, xérostomie.<br>- CI absolues : glaucome, HBP.<br>- CI relatives : obésité. |
| | | **Topiramate** | Antiépileptique | - 50-200 mg (1 ou 2 prises/jour). |
| | **TTT de fond** | **Topiramate** | Antiépileptique | - Seul médicament oral ayant une efficacité prouvée dans la prévention de la migraine chronique.<br>- EI fréquents : paresthésies, troubles cognitifs, dépression, perte de poids.<br>- EI rares : calcul rénal, myopie aiguë avec glaucome à angle aigu.<br>- CI absolues : hypersensibilité, grossesse, glaucome, prise de metformine, insuffisance hépatique ou rénale, lithiase rénale.<br>- CI relative : dépression, idées suicidaires. |
| | | **Flunarazine** | Anticalcique | - Haut niveau de preuve.<br>- Durée limitée à 6 mois.<br>- EI : somnolence, prise de poids, dépression, syndrome parkinsonien.<br>- CI : syndrome dépressif, syndrome extrapyramidal. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| TTT | | **Ac monoclonal anti-CGRP** | Biothérapie | - Après avis neurologique, prescription par neurologue.<br>- Trois anticorps en injection SC ont l'AMM pour la prophylaxie de la migraine ≥ 8 jours/mois et échec ≥ 2 traitements de fond. |
| | | **Candésartan** | Antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II | - 8-32 mg (1-2 prise/jour).<br>- EI : hypotension.<br>- CI absolues : insuffisance cardiaque, sténose de l'artère rénale, insuffisance rénale, grossesse.<br>- CI relative : hypotension. |
| | | **Toxine botulinique** | - Efficacité démontrée pour la migraine chronique (mais pas épisodique).<br>- AMM après échec ≥ 2 traitements de fond, en alternative aux Ac anti-CGRP.<br>- Administration hospitalière. | |
| | | **Prescription** | - Débuter à faible dose et augmentation progressive pour atteindre la dose journalière optimale.<br>- Observance capitale (privilégier une prise quotidienne unique).<br>- Migraine épisodique :<br>• 1re intention : Propranolol ou métoprolol.<br>• Contre-indication aux β-bloquants : amitriptyline, candésartan, topiramate.<br>- Migraine chronique : topiramate.<br>- Migraine chronique avec CAM :<br>• Traitement de fond de 1re ligne.<br>• Sevrage ambulatoire du médicament surconsommé.<br>• Autre traitement de crise pour gérer la céphalée de rebond et les crises résiduelles. | |
| | | **Suivi** | - Agenda des crises et échelle HIT-6 : efficacité du traitement de fond.<br>- Efficacité jugée à 3 mois (poursuite 6-18 mois si efficace).<br>- En cas d'échec : nouveau traitement.<br>- Après échec de deux traitements : avis spécialisé (neurologue). | |
| | **Grossesse** | **Généralités** | - Pas de mauvaise évolution de la grossesse.<br>- Souvent rémission des crises pendant la grossesse.<br>- Suivi du CRAT pour les traitements. | |
| | | **TTT de crise** | - Paracétamol.<br>- Triptans si échec du paracétamol : sumatriptan (quel que soit le terme), rizatriptan ou zolmitriptan.<br>- **AINS formellement contre-indiqués à partir de 24 SA** (utilisation très ponctuelle au cours de T1 et T2). | |
| | | **TTT de fond** | - Traitement non médicamenteux en 1re intention : exercice physique, acupuncture, traitements psychocomportementaux.<br>- Au cas par cas : propranolol ou métoprolol ou amitriptyline. | |

## CÉPHALÉE DE TENSION

= **Douleur dysfonctionnelle** avec interaction de **facteurs périphériques myogènes** (crispation des muscles péricrâniens : mauvaise posture de la tête et du cou, sédentarité), de **facteurs neurologiques centraux** (dysfonction des systèmes de contrôle de la douleur) et de **facteurs psychologiques** (stress psychologique : contrariété, surmenage…)
- Très fréquente = **30 à 80 %** de la population, banale, souvent associée à la migraine.

| | | |
|---|---|---|
| ÉPIDEMIO | **Épisodique** *(80 % des cas)* | - < 15 jours/mois.<br>- 50-70 % de la population. |
| | **Chronique** *(20 % des cas)* | - ≥ 15 jours/mois.<br>- 1-2 % des adultes. |
| | - Début à l'adolescence.<br>- 3♀ > 2♂.<br>- Moins invalidante que la migraine. | |

**DIAGNOSTIC**

**Céphalées** : - Crises à limites floues, durée variable.
- Localisation : bilatérales, antérieures (barre frontale) ou postérieures (avec cervicalgie).
- Type : serrement, étau, pression, brûlure, fourmillement, écoulement liquidien, sensation de tête vide.
- Intensité : légère à modérée, permettant la poursuite de l'activité (possiblement améliorée par l'activité), non augmentée par le mouvement.
- À l'examen : **crispation, sensibilité à la pression des muscles faciaux et cervicaux.**

**Différence sémiologique entre migraine sans aura (MSA) et céphalée de tension (CT)**

| | Durée | Topographie | Tonalité | Intensité | Influence des efforts physiques | Photophobie et phonophobie | Signes digestifs d'accompagnement |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MSA** | 4-72 h | Unilatérale | Pulsatile | Modérée à sévère | Aggravation | Les deux | Oui |
| **CT** | 1-14 j | Diffuse | En étau | Faible à modéré | Aucun effet | Max 1 (phonophobie) | Non |

| | |
|---|---|
| **Critères ICHD-3** | - A : **≥ 10 épisodes** répondant aux critères B à D.<br>- B : Durée **entre 30 minutes et 7 jours.**<br>- C : ≥ 2 caractéristiques parmi : . Localisation **bilatérale.**<br>. À type de **pression** ou de **serrement** (non pulsatile).<br>. Intensité **faible à modérée.**<br>. **Absence d'aggravation par l'activité physique.**<br>- D : **Absence de signe d'accompagnement** (pas de nausées, pas de vomissements, pas de photo-phonophobie, mais photophobie OU phonophobie possible).<br>- E : Non attribuable à une autre affection. |

**TTT**

| | |
|---|---|
| **Information** | - Expliquer d'un état de tension psychique peut favoriser une céphalée (via tension musculaire excessive). |
| **Traitement de crise** | - Paracétamol, aspirine ou AINS.<br>- **Sans dépasser 2 jours/semaine** (ou 8 jours/mois).<br>- Opiacés à éviter. |
| **Traitement de fond** | - En cas de céphalée de tension fréquente et chronique.<br>- Amitriptyline à augmenter progressivement (10 à 50 mg).<br>- Autres molécules : venlafaxine, gabapentine, duloxétine. |
| **Autres mesures** | - **Sevrage** en cas d'abus d'antalgiques ou d'AINS.<br>- Hygiène de vie, lutte contre la sédentarité, physiothérapie, relaxation, thérapie cognitive et comportementale, gestion du stress. |

## CÉPHALÉE CHRONIQUE QUOTIDIENNE

= Céphalées **> 15 jours/mois** depuis **> 3 mois** : plus fréquent chez la femme entre 40 et 50 ans, anxieuse et/ou déprimée.
- 1-5 % des adultes.
- Complique des **migraines** ou des **céphalées de tension épisodique**, fréquemment associée à un **abus médicamenteux.**

**DIAGNOSTIC**

- **Céphalées migraineuses** ou **de tension** de plus en plus fréquentes, puis quotidiennes.
- Prise des traitements de crise de plus en plus fréquente, dès la moindre céphalée, voire préventive.

| | |
|---|---|
| **Migraine chronique** | = Céphalées ≥ 15 jours/mois, dont **> 8 jours** de céphalées migraineuses, possiblement dans un contexte d'abus médicamenteux. |
| **Céphalée par abus médicamen-teux (CAM)** | = Céphalée ≥ 15 jours par mois dans un contexte de **surconsommation de traitements de crise ≥ 3 mois** chez un patient avec une céphalée primaire préexistante (céphalée de tension ou migraine).<br>- 1-5 % des adultes.<br>- **Opiacés et antalgiques combinés = haut risque.**<br>- Surconsommation d'antalgiques = **conséquence ou cause** de l'augmentation de la fréquence des céphalées.<br>- Prévention :<br>*Diagnostic adéquat de la migraine et de la céphalée de tension en médecine générale.<br>*Prescription de traitements de crise recommandés en évitant les opiacés et les antalgiques combinés. |

| | | |
|---|---|---|
| | | *Information du patient sur le rôle de la surconsommation des antalgiques dans l'augmentation des céphalées.<br>*Conseils de limitation du nombre de jours de prise de traitement de crise à 2 jours par semaine ou 8 jours par mois.<br>*Mise en place d'une prophylaxie de la céphalée primaire si traitement de crise fréquent et crises invalidantes. |
| | **Critères ICHD 3 de la CAM** | - A : Céphalée **≥ 15 jours/mois** chez un patient ayant une **céphalée préexistante.**<br>- B : **Surconsommation régulière > 3 mois** d'un/plusieurs traitements de crise des céphalées.<br>. Antalgiques non opiacés (AINS, aspirine, paracétamol) **≥ 15 jours/mois.**<br>. Triptans, ergotamine, opiacés et/ou antalgiques combinés **≥ 10 jours/mois.**<br>- C : N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic. |
| | **PC** | Exclusion obligatoire d'une céphalée secondaire → IRM injectée +/- biologie et ponction lombaire. |
| TTT | - **Éducation thérapeutique** : prise limitée du traitement de fond.<br>- **Sevrage médicamenteux ambulatoire** ou **hospitalier.**<br>- De fond : **amitriptyline** à dose progressive ou **topiramate** pour faciliter le sevrage++.<br>- Information : le sevrage entraîne une **céphalée de rebond**, qu'il faudra gérer avec des mesures non médicamenteuses. La **céphalée primaire sous-jacente persistera** malgré le sevrage. | |

## ALGIE VASCULAIRE DE LA FACE

= Principale **céphalée trigémino-autonomique (CTA)** : céphalée primaire rare, avec douleur unilatérale stricte et présence de signes dysautonomiques.

| | | |
|---|---|---|
| ÉPIDEMIOLOGIE | | - 1/1000<br>- Débute chez l'adulte jeune (30 ans).<br>- ♂ > ♀ (SR = 4-5 dans la fiche LiSA, SR = 6 dans le collège d'ORL).<br>- Forme épisodique ou chronique.<br>- Handicap majeur.<br>- Rôle aggravant du tabac et de l'alcool. |
| DIAGNOSTIC | | **= Crises douloureuses stéréotypées**, **strictement unilatérales périorbitaires très intenses mais courtes < 3 heures avec symptômes trigémino-autonomiques et agitation motrice.**<br>- Acmé en 10-15 minutes, cède brusquement.<br>- Signes « migraineux » à type de nausées/vomissements, photo/phonophobie souvent présente (ne devant pas égarer le diagnostic).<br>- Crises quotidiennes, mais par périodes dans l'année.<br>- Parfois déclenchées par la prise d'alcool → **diagnostic purement clinique.** |
| | **Critères ICHD-3** | - A : **≥ 5 crises** répondant aux critères B-D.<br>- B : Douleur **sévère/très sévère**, **unilatérale**, **sus-orbitaire** et/ou **temporale**, durant **15 à 180 minutes** (sans traitement).<br>- C : ≥ 1 élément parmi.<br>. **≥ 1 signe homolatéral à la douleur** parmi :<br>➢ Injection conjonctivale et/ou larmoiement.<br>➢ Congestion nasale et/ou rhinorrhée.<br>➢ Œdème palpébral.<br>➢ Transpiration du front et/ou de la face.<br>➢ Myosis et/ou ptosis. |
| | | . **Impression d'impatience ou agitation.**<br>- D : Fréquence des crises **entre 1 tous les 2 jours** et **8/jour** en période active.<br>- E : Non expliqué par une autre cause. |
| | **Bilan** | - **IRM cérébrale** systématique après la 1re crise pour éliminer une céphalée secondaire. |
| D | | Avant la répétition des crises : |

| | | |
|---|---|---|
| | 1/ Éliminer une céphalée secondaire | - **Dissection de la carotide** : douleur cervicale pouvant s'étendre à la face ± syndrome de Claude Bernard Horner partiel.<br>- **Sinusite éthmoïdo-sphénoïdale** ± œdème palpébral de la paupière supérieure.<br>Après installation de la répétition des crises :<br>- **Tumeur hypophysaire**.<br>- Processus pathologique du **sinus caverneux**. |
| | | Exploration par IRM systématique (même si diagnostic clinique évident).<br>± écho des TSA ou angiographie ± TDM cérébral. |
| | 2/ Puis éliminer une autre céphalée primaire et névralgie faciale et une autre céphalée trigémino-autonomique. | |
| ÉVOLUTION | **Algie vasculaire épisodique** *90 %* | - **Périodicité circannuelle** = symptômes pendant des périodes de **2 à 8 semaines,** entrecoupées de rémissions sans crise.<br>- **Périodicité circadienne** = crises pratiquement tous les jours avec horaire régulier (après les repas et la nuit) pendant les périodes douloureuses. |
| | **Algie vasculaire chronique** *10 %* | = **Absence de rémission** sur l'année (ou des rémissions d'une durée de moins de 3 mois)**.**<br>- Exploration lors de la 1re crise pour éliminer un diagnostic différentiel (dissection carotidienne…)<br>- Importante comorbidité psychiatrique : signes dépressifs, agoraphobie, tendances suicidaires.<br>- TTT : **lithium,** voire **stimulation bilatérale du grand nerf occipital** en cas d'échec. |
| TTT | **RHD** | - Éradication de l'alcool.<br>- Horaires de sommeil réguliers, éviter les siestes.<br>- Sevrage tabagique encouragé. |
| | **TTT de crise** | - **Sumatriptan injectable SC (6 mg/mL)** : disparition des crises en 3-15 minutes, maximum 2 injections/jour et 1 h d'intervalle entre 2 injections (spray parfois efficace).<br>- **Oxygénothérapie au masque facial** (≥ 12-15L/min pendant 15-20 minutes), prescrite par un neurologique, ORL ou centre d'algologie (remboursée). |
| | **TTT de fond** | = En période douloureuse si traitement des accès insuffisants : 2 à 8 crises/jour ou épisodes longs.<br>- **Vérapamil** en 1re intention (12à mg, 2/jour) après ECG.<br>- Autres : **corticothérapie** (si crises très fréquentes), methysergide, indométacine, carbonate de lithium (formes chroniques), **traitements chirurgicaux** (formes chroniques pharmacorésistantes). |

## AUTRES CÉPHALÉES TRIGÉMINO-AUTONOMIQUES

| | | |
|---|---|---|
| TYPE | **Hémicrânie paroxystique** | = **Douleur très intense, orbitaire**, souvent accompagnée de **signes neuro-végétatifs.**<br>- **Crises brèves** (2 à 30 minutes) et **fréquentes** (5 à 30/jour), épisodiques ou chroniques (10 % des cas).<br>- Forte prépondérance féminine (7/1).<br>- Disparition des crises sous **indométacine** en quelques jours : critère diagnostique. |
| | ***Hemicrania continua*** | = **Douleur unilatérale fixe**, **quotidienne** et **permanente**, **crânienne** et/ou **faciale**, avec **exacerbations d'allure migraineuse** et **symptômes trigémino-autonomiques.**<br>- Disparition des crises sous **indométacine** en quelques jours : critère diagnostique. |
| | **Syndrome SUNCT** | = ***Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing*** : **douleurs** très intenses, accompagnées d'un **larmoiement** et d'une **injection des conjonctives**, survenant par crises brèves (< 3 minutes) et fréquentes (5 à 80/jour, souvent par salves), lors d'épisodes de quelques jours à quelques mois, 1 à 2 fois/an.<br>- Indométacine non efficace.<br>- TTT : **antiépileptique.** |

## NÉVRALGIE DU TRIJUMEAU = NÉVRALGIE FACIALE

= Névralgies de la face en brèves salves répétées avec décharge ectopique au niveau du nerf trijumeau, cause variée : **essentielle classique** (compression neuro-vasculaire sans cause apparente) ou **secondaire** (affection sous-jacente) ou **essentielle idiopathique** (pas d'anomalie retrouvée).

- Émerge du tronc cérébral au niveau de l'angle ponto-cérébelleux, croisé par l'artère cérébelleuse supérieure, pénètre l'os pétreux, donne le ganglion de Gasser, puis se séparent en branches V1 (ophtalmique), V2 (maxillaire) et V3 (mandibulaire).

**DIAGNOSTIC**

- Prévalence inconnue, rare, mais à reconnaître, car douleur intense.
- Légère prédominance féminine, > 60 ans.

### Névralgie essentielle du trijumeau

- Mécanisme : compression de la racine du nerf trijumeau par une **branche de l'artère basilaire** (généralement l'**artère cérébelleuse supérieure**), le plus souvent chez la femme > 50 ans.

| | |
|---|---|
| **Douleur** | - Très intense, fulgurante.<br>- À type d'éclair/décharge électrique.<br>- De durée très brève (secondes).<br>- Avec immobilisation brève douloureuse. |
| **Topographie** | Unilatérale, au territoire du trijumeau ou à une/deux branches.<br>- **V2** (maxillaire supérieur - 40 %).<br>- **V3** (maxillaire inférieur - 20 %).<br>- **V1** (ophtalmique - 10 %). |
| **Facteurs déclenchants** | - « **Zone gâchette** » : douleur déclenchée de manière élective par l'excitation d'une zone cutanée précise du territoire douloureux (effleurement suffisant).<br>- Parole, mimique, rire, mastication → Le patient tente de garder le visage immobile et mange le moins possible. |
| **Examen clinique** | **NORMAL :**<br>- Sensibilité faciale et cornéenne (réflexe cornéen présent).<br>- Force des muscles masticateurs (innervés par le V) normale.<br>- Absence de toute atteinte neurologique.<br>- Peau normale.<br>→ **La moindre anomalie oriente vers une névralgie secondaire.** |

### Névralgie ou douleur neuropathique secondaire

| | |
|---|---|
| **Définitions** | - Névralgie secondaire :<br>*Douleur à type de décharge électrique avec zone gâchette.<br>*Parfois examen clinique normal → IRM devant toute névralgie du trijumeau.<br>- Douleur neuropathie secondaire : douleur à type de brûlure continue +/- décharges surajoutées. |
| **Drapeaux rouges** | - Âge de survenue jeune (SEP).<br>- Décharges moins intenses ou fond douloureux, hypoesthésie.<br>- Prépondérance dans le territoire V1 (zona), diminution réflexe cornéen.<br>- **Fond douloureux** avec paresthésies et hypoesthésie (neuropathie douloureuse).<br>→ **IRM cérébrale** + bilan biologique +/- ponction lombaire. |

**TTT**

### Médical

- **Carbamazépine** (400-1600 mg/j) à augmenter progressivement (2-3/jour, 30 min avant repas), mais effets secondaires chez le sujet âgé (somnolence, vertiges, ataxie), Oxcarbamazépine si intolérance.
- Baclofène +/- carbamazépine.
- Lamotrigine, gabapentine, clonazépam.

### Chirurgical

En cas d'échec des traitements médicamenteux :
- Destruction de la voie trigéminée :
  - Radiochirurgie par gamma-knife sur l'émergence du trijumeau.
  - Thermocoagulation ou compression par ballonnet du ganglion de Gasser.
- Chirurgie de décompression d'un conflit vasculo-nerveux (critères IRM stricts)

### Neuropathie trigéminale douloureuse

- Même traitement que les autres douleurs neuropathiques focales avec traitement local + général.
- En cas d'échec : avis algologique.

## AUTRES NÉVRALGIES FACIALES ET CRÂNIENNES

| | |
|---|---|
| NEVRALGIE DU GLOSSO-PHARYNGIEN | = Très rare : douleur comparable à la névralgie du trijumeau.<br>- Douleur de la région amygdalienne, irradiant à l'oreille et à l'angle mandibulaire.<br>- Topographie : **base de la langue**, **fond de la gorge**, **amygdale** et **conduit auditif externe.**<br>- Facteur déclenchant : **parole, déglutition, mouvement du cou.**<br>± pertes de connaissance.<br>- Examen neurologique normal sans signe déficitaire.<br>→ Difficile à différencier d'une névralgie secondaire : **IRM** systématique + éliminer carcinome de la base de la langue ou de la tonsille. |
| NEVRALGIE DU GRAND OCCIPITAL (ARNOLD) | - **Douleur** : décharge électrique ou élancement, souvent sur un fond douloureux permanent à type de paresthésies ou de brûlures.<br>- **Topographie** : nerf d'Arnold formé par la branche postérieure de la deuxième racine cervicale (C2).<br>- Innervation du cuir chevelu de l'occiput jusqu'au vertex → Douleurs siégeant dans la région occipitale d'un côté et irradiant vers le vertex et jusque dans la région orbitaire.<br>- **Facteur déclenchant** : mouvements de la tête et du cou.<br>- Douleur parfois déclenchée par appui sur la zone d'émergence du nerf, à la base du crâne, au niveau de la naissance des cheveux.<br>- Cause locale possible (lésion cervicale haute). |
| NEVRALGIE LARYNGEE SUP | - Douleur déclenchée par la phonation. |

## Différences sémiologiques entre une migraine sans aura, une AVF et une névralgie faciale

| | Migraine sans aura | Algie vasculaire de la face (AVF) | Névralgie faciale |
|---|---|---|---|
| **Épidémiologie** | 3F/1 h<br>20-40 ans | 1F/5 h<br>20-40 ans | 2F/1 h<br>> 60 ans |
| **Périodicité** | Partielle | Circannuelle et circadienne | Absente |
| **Durée des crises** | 4-72 heures | 15-180 minutes | Salves de quelques minutes |
| **Intensité des crises** | Modérée à sévère | Sévère à très sévère | Sévère à très sévère |
| **Tonalité des crises** | Pulsatile | Térébrante | Électrique |
| **Latéralisation des crises** | Possible | Stricte | Stricte |
| **Topographie des crises** | Hémicrânienne | Orbitaire | Mandibulaire et maxillaire |
| **Dysautonomie** | Possible si crise intense | Majeure | Parfois en fin de crise |
| **Comportement** | Repli | Agitation motrice | Contracture faciale (tic) |
| **Facteur déclenchant des crises** | Multiples et variés | Alcool et situations d'hypoxie | Stimulation zones gâchette |

## DOULEURS DE LA FACE

- Douleur de la tête située au-dessous de la ligne orbito-méatale, en avant du pavillon de l'oreille et au-dessus du cou.

| | | |
|---|---|---|
| PRINCIPALES CAUSES | **1. Céphalées primaires à expression faciale** | - **Migraine sans aura** : crises touchant l'œil, le nez, la joue, les dents (diagnostic si critères ICHD satisfaits, durée de 4-72 h, avec photophobie et nausées).<br>- **Algie vasculaire de la face** : crises faciales < 3 heures avec signes dysautonomiques et agitation.<br>- **Autres céphalées trigémino-autonomiques** (rares) : crises ressemblant à une AVF, mais plus courtes (avis neurologique). |
| | **2. Algies faciales secondaires de cause neurologique ou générale** | **- Dissection carotidienne.**<br>**- Hypertension intracrânienne.**<br>**- Thrombose du sinus caverneux.**<br>**- Artérite à cellules géantes (douleur langue, nez) :**<br>➢ Sujet âgé (1/120 chez les plus de 80 ans).<br>➢ AEG (fébricule), induration douloureuse de l'artère temporale, disparition du pouls, hyperesthésie du cuir chevelu, faiblesse douloureuse des muscles masticateurs (claudication des mâchoires).<br>➢ Syndrome inflammatoire biologique.<br>➢ Urgence diagnostique et thérapeutique (risque de cécité dans 10 % des cas).<br>**- Vascularites à ANCA (atteinte des sinus).** |

<table>
<tr><td rowspan="3"></td><td>3. Algies faciales secondaires de cause locale</td><td colspan="2">- Sinusites aiguës.<br>- Tumeurs ORL : cavum, parotide, sinus, base de la langue avec otalgie.<br>- Otalgies secondaires.<br>- Stomatites et pulpites.<br>- Désordres de l’ATM.<br>- Syndrome de l’apophyse styloïde longue (syndrome d’Eagle) :<br>➢ Calcification/enthésite du tendon de l’insertion du muscle stylo-hyoïdien (radio ou scanner).<br>➢ Douleur latérocervicale déclenchée par la déglutition, sans dysphagie.<br>- Douleurs attribuées à une anomalie de la muqueuse nasale :<br>➢ Points de contact muqueuse/muqueuse → Troubles dysautonomiques → manifestations pseudomigraineuses.<br>➢ Collision entre un éperon (déformation) de la cloison nasale et un cornet nasal (inférieur > moyen).<br>➢ Concordance de côté en l’anomalie anatomique et les symptômes + disparition des douleurs après anesthésique local.</td></tr>
<tr><td>4. Névralgies secondaires du V</td><td colspan="2">- SEP.<br>- Tumeurs intracrâniennes.<br>- Infarctus du tronc cérébral : syndrome de Wallenberg.<br>- Zona.<br>- Neuropathie du nerf mentonnier (V3) : infiltrat tumoral.<br>- Méningites carcinomateuses ou infectieuses avec atteinte du V.</td></tr>
<tr><td>5. Algies faciales idiopathiques</td><td colspan="2">= Douleurs sans cause locale, chroniques, souvent sur terrain anxieux/dépressif, par perte de l’inhibition centrale des circuits douloureux.<br>- Prédominance féminine avec comorbidité anxieuse/dépressive et événements de vie difficiles.<br>- Traitement reposant sur celui des douleurs neuropathiques chroniques et des céphalées de tension chroniques.</td></tr>
<tr><td></td><td>Algie faciale idiopathique persistante</td><td>- Douleur continue, indépendante d’un trajet d’un nerf, sans zone gâchette, sans décharge électrique, uni/bilatérale modérée.<br>- Respect du sommeil, augmentée à la mastication et à la phonation.<br>- Après traumatisme ou interventions.<br>- Diffusion de la douleur avec le temps.<br>- Signes neurologiques pauvres.</td></tr>
<tr><td></td><td>Odontalgie idiopathique</td><td>- Douleur dentaire sans cause organique notable, sans pathologie dentaire.<br>- Douleur continue ou périodique, sans paroxysmes, souvent avec allodynie.<br>- Prémolaires et molaires, maxillaire > mandibulaire.<br>- Dent fantôme (extraite).</td></tr>
<tr><td></td><td>Stomatodynie idiopathique</td><td>= Syndrome de bouche brûlante.<br>- Douleur de la muqueuse buccale sans cause organique, continue, chronique, bilatérale.<br>- Rarement dysesthésies.<br>- Pas de lésion visible.<br>- Spontanée ou augmentée par les aliments épicés ou acides et diminuée par la prise de nourriture ou de boissons.<br>- Éliminer une séquelle de radiothérapie, mucite sur chimiothérapie ou xérostomie médicamenteuse ou systémique.</td></tr>
</table>

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | **Désordres temporo-mandibulaires idiopathiques** | - Pure douleur des muscles masticateurs et/ou des ATM sans autre cause.<br>- Douleur constante, sourde, non spécifique, exacerbée par le mouvement articulaire.<br>- Souvent unilatérale, au niveau de muscles masticateurs, la tempe et la zone prétragienne.<br>- Irradiation vers l'oreille, la mandibule, le front, la mastoïde, la région latérocervicale.<br>- Peut être déclenchée par un traumatisme direct.<br>- Douleur diurne, maximale au réveil (sommeil perturbé, mais la douleur ne survient pas la nuit).<br>- Allodynie des muscles masticateurs.<br>- Acouphènes, sensation d'oreille bouchée, perte subjective de l'audition fréquente. |
| | **Causes graves à éliminer** | En absence de cause locale chez un adulte > 50 ans avec AEG :<br>- **Pathologie tumorale ORL** : tumeur des sinus, de la cavité nasopharyngée, parotidienne.<br>- **Artérite temporale ou autre vascularite.**<br>- **Dissection carotidienne.**<br>- **Neuropathie du nerf mentonnier** (tumeur maligne fréquente après exploration).<br>- **Algie faciale et cancer pulmonaire** : invasion ou compression du nerf pneumogastrique X par une tumeur pulmonaire ipsilatérale. | |
| ALGIES D' ORIGINE DENTAIRE | - Causes les plus fréquentes de douleurs buccales.<br>- Douleurs typiques buccales, au niveau d'une dent, de plus en plus sévères, persistantes et irradiées.<br>- Examen dentaire nécessaire.<br>- Tests de vitalité pulpaire : douleur dentaire majorée par le froid, la percussion axiale/latérale. | | |
| | **Carie de la dentine** | - Douleur brève après stimulus de la dent (froid, chaud, sucre, acide). | |
| | **Pulpite** | - Aiguë : douleur vive, irradiée, homolatérale, provoquée puis spontanée.<br>- Purulente : douleur pulsatile, violente, durable, irradiée dans toute la cavité buccale.<br>- Sensation de dent longue. | |
| | **Parodontie** | - Douleur lancinante, parfois intense, aggravée par le décubitus et la chaleur avec sensation de « dent longue ».<br>- Œdème et inflammation gingivale en regard de la dent causale, percussion axiale de la dent très douloureuse. | |
| | **Abcès d'origine dentaire** | - Complication des affections précédentes non/mal traitées.<br>- Douleur vive, lancinante, insomniante.<br>- Signes généraux infectieux et signes locaux spectaculaires : œdème, comblement vestibulaire, rougeurs cutanées en regard de la dent causale, trismus, adénopathie cervicale. | |
| | **Alvéolite** | - 2-3 jours après extraction dentaire.<br>- Douleur violente, irradiée à partir de la dent. | |
| | **Accident d'évolution de la dent de sagesse mandibulaire** | - Douleurs locorégionales.<br>- Signes locaux inflammatoires en regard de 38 ou 48.<br>- Parfois trismus. | |
| | **Dents incluses** | - Surtout pour les molaires supérieures 18 et 28.<br>- Douleurs projetées au fond du CAE : otalgies parfois déclenchées par les changements de pression. | |
| | **Douleurs induites par un traitement orthodontique** | - En général par mobilisation dentaire un peu trop rapide.<br>- Cessent dès que la dynamique de mobilisation est modérée.<br>- parfois blessure muqueuse par le matériel orthodontique (examen minutieux). | |

<table>
<tr><td>ALGIES D' ORIGINE SINUSIENNE</td><td colspan="2">- Douleur faciale en regard du sinus atteint.<br>- Augmentée par la position penchée en avant et la pression sur le sinus, recrudescence en fin de matinée ou vespérale.<br>- Signes d'accompagnement : rhinorrhée, obstruction nasale.<br>- Signes généraux modestes : fièvre à 38 ou 38,5 °C.<br>- <u>Topographie</u> :<br>➢ Douleur jugale avec irradiation dentaire pour les sinusites maxillaires.<br>➢ Douleur frontale pour les sinusites frontales.<br>➢ Douleur du vertex ou rétro-orbitaire pour les sinusites sphénoïdales.<br>➢ Douleur périorbitaire pour les atteintes ethmoïdales.<br>- Diagnostic clinique, sauf si suspicion d'atteinte du sinus frontal ou sphénoïdal → Scanner des sinus sans injection (injection si doute sur complication).<br>- Sinusites maxillaires chroniques : peu pourvoyeuses de céphalées, symptômes à type de pesanteur (céphalée = complication).<br>- Sinusites chroniques frontales ou sphénoïdales : douloureuses.<br>- Cancers naso-sinusien : douleurs tardives faisant craindre un envahissement nerveux, avec souvent des symptômes préexistants d'apparition progressive et de caractère unilatéral (rhinorrhée, obstruction nasale, épistaxis) → Céphalée d'allure non primaire + signes rhinologiques = scanner des sinus + endoscopie des fosses nasales (si anomalie).</td></tr>
<tr><td>ALGIES D' ORIGINE OCULAIRE</td><td colspan="2">- Présentation évocatrice avec plainte douloureuse oculaire ou anomalies ophtalmologiques associées (chémosis, épiphora, exophtalmie, BAV).<br>- Diagnostic par ophtalmologue après examen spécialisé : glaucome, aigu, dacryocystite, kérato-conjonctivite.<br>- Troubles de l'accommodation (hétérophorie) ou de la convergence (hétérotopie) : douleurs localisées fronto-glabellaires légères à modérées, vespérales (confusion avec des sinusalgies frontales ou de céphalées de tension), rythmées par le travail ou l'utilisation d'écrans avec pseudovertiges (sous-diagnostic).</td></tr>
<tr><td>ALGIES D' ORIGINE AURICULAIRE</td><td colspan="2">- Otite aiguë moyenne ou externe (otoscopie).<br>- Otite séromuqueuse rarement douloureuse, mais doit faire évoquer une pathologie du cavum ou de la base du crâne (ostéite, tumeur) si associée à une céphalée.<br>- Douleurs projetées :<br>➢ Origine bucco-pharyngée : dentaires, angine.<br>➢ Otalgie réflexe d'une tumeur touchant le rhinopharynx, l'oropharynx ou l'hypopharynx → Examen pharyngolaryngé et palpation des aires ganglionnaires cervicales indispensables (à répéter si besoin).<br>- Douleur de l'ATM dans le cadre du syndrome algodysfonctionnel de l'appareil manducateur (SADAM) :<br>➢ Associé à un trouble de l'articulé dentaire ou à un bruxisme nocturne.<br>➢ Anomalie dynamique de l'ATM à l'ouverture de la bouche : course mandibulaire faisant un trajet en baïonnette, ressaut, craquement.</td></tr>
<tr><td rowspan="5">ALGIES D' ORIGINE BUCCALE NON DENTAIRE</td><td>Ulcérations traumatiques</td><td>- Douleur vive localisée.<br>- Lésion aux bords réguliers, discrètement érythémateuse.<br>- Peu/pas d'induration.<br>- Suppression de l'agent causal → Guérison en quelques jours.<br>- Toute lésion > 15 jours = biopsie.</td></tr>
<tr><td>Aphte buccal</td><td>- Très fréquent.<br>- Douleur continue, parfois insomniante, exacerbée par ingestion de certains aliments.<br>- Ulcération bien arrondie, bords réguliers, fond plat et fibrineux, entourée d'un halo rouge.<br>- Base souple.<br>- Parfois douleurs sévères et alimentation orale impossible par des grandes aphtoses buccales chez les immunodéprimés (hospitalisation pour nutrition parentérale ou SNG.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Cancers de la cavité buccale</td><td>- Douleurs spontanées augmentant à la mastication et limitant l'alimentation.<br>- Ulcérations à bords surélevés, indurées, saignant au contact ou tumeur douloureuse, congestive inflammatoire.</td></tr>
<tr><td>- Biopsie indispensable.</td></tr>
<tr><td>Infections avec ulcération des muqueuses</td><td>- Ulcération buccale unique (tuberculose) ou multiples (herpès buccal).</td></tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| | **Mycoses linguales** | - Douleurs à type de cuisson (candidoses). |
| | **Toxidermie d'origine médicamenteuse** | - Érythème polymorphe. |
| | **Mucite induite par radiothérapie** | - Douleur diffuse de toute la cavité buccale, augmentée par l'absence de salive (alimentation difficile). |
| ALGIES DE CAUSE SALIVAIRE | | *Cf. item 90.* |
| ALGIES FACIALES DE CAUSES OSSEUSES | **Fractures des os de la face** | - Douleur post-traumatique, par mobilisation du foyer fracturaire (lors de l'examen à la palpation/pression).<br>- Impotence de mandibule si fracture. |
| | **Ostéite** | - Douleur lancinante, fluctuante, non rythmée. |
| | **Ostéo-radionécrose ou ostéite post-radique** | - Ostéolyse douloureuse, souvent de cause dentaire, quelques années après une radiothérapie pour une tumeur de la face et du cou. |
| | **Tumeurs osseuses** | - Tumeurs bénignes : indolores en-dehors d'une poussée inflammatoire ou d'une surinfection.<br>- Tumeurs malignes : douloureuses par envahissement des branches du trijumeau (névralgie symptomatique avec dysesthésie V2 ou V3). |
| ALGIES FACIALES DE CAUSE MANDICATRICES | **Douleurs aiguës de l'ATM** | - Arthrite aiguë : rare, signes inflammatoires locaux et limitation d'ouverte buccale.<br>- Fractures : post-traumatique, limitation douloureuse de l'ouverture buccale par contracture musculaire locale.<br>- Luxation. |
| | **Douleurs chroniques de l'ATM secondaires** | - Douleurs périarticulaires, latérofaciales, préauriculaires et rétro orbitaire avec myalgies temporales et des masséters irradiant vers les secteurs molaires supérieurs et inférieurs.<br>- Douleur temporo-mandibulaire à la pression du CAE et à la palpation endobuccale des muscles masticateurs.<br>- Ressaut et claquement lors de l'ouverture buccale (en baïonnette).<br>- Souvent dues à une anomalie de l'articulé dentaire. |
| EXAMENS COMPLEMENTAIRES | | - Interrogatoire et examen clinique complet de la face, des oreilles et de la cavité buccale.<br>- **Panoramique dentaire** en cas de douleur dentaire.<br>- **Examen ORL complet** (otoscopie et fibroscopie).<br>- **TDM du massif facial et des sinus** (sans et avec injection).<br>- **Biopsie** en cas de lésion suspecte de la muqueuse buccale.<br>- Si examen local normal et/ou douleur récente et inhabituelle et/ou céphalée associée : raisonnement d'une céphalée aiguë/chronique *(cf. item 100).* |